



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE**  
**CNPJ: 05.133.863/0001-50**  
**2ª Rua, Nº 381 – Centro / Soure - Pará CEP 68870-000**

## **PORTARIA N.º 294/2019**

O Sr. **CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**, Prefeito Municipal de Soure, Estado do Pará, República Federativa do Brasil, no uso de suas atribuições conferidas por Lei, e...

**CONSIDERANDO:** a necessidade da Sra. **GICELY ARAÚJO NUNES**, na função de Técnica de Enfermagem, para empreender viagem a serviço deste órgão, com a finalidade de acompanhar paciente, encaminhado do Hospital Municipal “Menino Deus”, em para tratamento na capital.

### **RESOLVE:**

Art.º 1.º - Conceder 01 (uma) diária no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) para o dia a 25/06/2019, com a finalidade de custear as despesas decorrentes de seu deslocamento da sede de seu trabalho até Belém – Pará.

Art.º 2.º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art.º 3.º- Dê-se ciência, registre-se, publique-se e cumpra-se.

**Gabinete do Prefeito Municipal de Soure**  
Em, 25 de junho de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**CARLOS AUGUSTO DE LIMA GOUVEA**  
Prefeito Municipal de Soure

### **RECIBO**

Recebi da Tesouraria da **PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE/PARÁ**, a importância de R\$ 60,00 (sessenta reais), correspondentes a 01 (uma) diárias de viagem à Capital do Estado, Belém-PA.

Soure/PA, 25 de junho de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**GICELY ARAÚJO NUNES**  
CPF: 718.839.672-87



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOURE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE REFERÊNCIA



REFERÊNCIA Nº

1

DO: Hospital Municipal de Soure

PARA:

HOSPITAL MUNICIPAL DE SOURE  
HOSPITAL MENTAL MUNICIPAL DE SOURE  
End.: 82 Rua SENECA  
Soure - 870-000  
CEP: 870-000  
Soure - Paraná

NOME: MATEUS VITOR

IDENTIFICAÇÃO

MATRÍCULA

IDADE: 06 A

SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL:

OCUPAÇÃO: Estudante

NATURAL: Soure - P.A.

2

RESIDÊNCIA: Tv 7 entre 819 e 81 novo

ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL: Rosivaldo Marciel Silva

PARENTESCO: Pai

ENDEREÇO:

FONE: 9

3

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

MOTIVO

Exigência do tempo de espera

Dr. João Antonio Miranda da Cruz  
CRM 27281/PA  
Médico

### CONTRA REFERÊNCIA

1

DO:

PARA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

MATRÍCULA

NA LOCALIDADE DE ORIGEM

IDADE:

SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL

OCUPAÇÃO:

2

RESIDÊNCIA:

ZONA:  URB.  RUI

(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO) OU LOCALIDADE

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

3

DATA: / /

HORA

RESPONSÁVEL ASSINATURA

ENTRADA

CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

INCONSCIENTE

SEMICONSCIENTE

MORTO - SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNADO